

Überörtlich getrennt – gemeinsam Gewinne erzielen

Vorteile und Konflikte überörtlicher und ambulant-stationärer Kooperationsmodelle

Jeder Praxisinhaber oder Chefarzt hat die Scheu, anderen Kollegen oder Beratern die eigene, erfolgreiche wirtschaftliche Situation aufzudecken. Dies verhindert erfolgreiche lokale Kooperationen unter Ärzten. Die neue Sozialgesetzgebung mit Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und Wettbewerbsstärkungsgesetz gestattet es, sich als Ärzte überörtlich zusammenzuschließen und auch Krankenhausärzte – mit Nebentätigkeitsgenehmigung – in die gemeinschaftliche Leistungserbringung mit einzubinden.

Stabile und kalkulierbare gemeinsame Wertschöpfung, konservativ-operativ oder ambulant-stationär, verlangt aber Rechtsformen, in denen Leistungen gemeinsam angeboten, abgerechnet und die Gewinne innerhalb der Gesellschaft verteilt werden. Hier entsteht der Konflikt der emotional unerwünschten Offenlegung von Einnahmekonstrukten und der Angst, für Andere haften zu müssen.

Tradierte Struktur der Einzelpraxis und sektorale Trennung

In Abkehr vom alten Modell, Leistungen nur an einem Standort anbieten zu dürfen, gibt es nun die Möglichkeit, dass Ärzte über mehrere Standorte kooperieren und sich auch Krankenhausärzte in die Leistungserbringung einbringen bzw. zusätzlich als Chefarzte/Oberärzte konsiliarisch in Hauptabteilungen tätig sind. Beispielsweise wäre dies eine überörtliche Kooperation von operierenden und konservativen Augenärzten, Gynäkologen, Urologen, HNO-Ärzten.

Damit sind bei einer gemeinsamen Rechtsstruktur die oft außerbudgetären Einnahmen der Operateure über die gemeinsame Gewinn- und Verlustrechnung vergesellschaftet. Denkbar wäre insoweit eine interne Gewinnabrede, dass 30% der OP-Honorare den konservativen Gesellschaftern zustehen, die die Patienten an den anderen Standorten mit eingebracht haben.

Als Gruppe mit Krankenhaus zusammenarbeiten

Gedanklich ist dies der gleiche Konzeptansatz, wie er auch bei einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts besteht, bei der an nur einem Standort (monokal) wie bisher Fachärzte einer Fachrichtung mit unterschiedlicher Zusammenarbeit synergistisch zusammenwirken. Zusätzlich könnte nun die überörtliche, kassenärztliche Gemeinschaftspraxis weitere Zulassungen erwerben, um diese Vertragsarztsitze nach neuem Recht mit angestellten Ärzten auszufüllen. Auch die Teilung einer Vollzulassung in zwei halbe Zulassungen ist möglich. Diese Funktion könnte – mit Genehmigung der Verwaltung – von einem Chefarzt und einem Oberarzt wahrgenommen werden. Gegebenenfalls könnten sie auch freiberuflich tätig sein.

Ohne MVZ das Krankenhaus starten

Damit wäre es möglich, dass sich konservative Fachärzte regional den Zugang zu qualifizierter ambulanter und stationärer OP-Kapazität verschaffen. Durch die ärztliche Tätigkeit sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich kann dem Patienten eine wohnortnahe umfassende Versorgung angeboten werden. Denkbar sind auch spezielle Diagnostikprechstunden in den einzelnen Praxisstandorten.

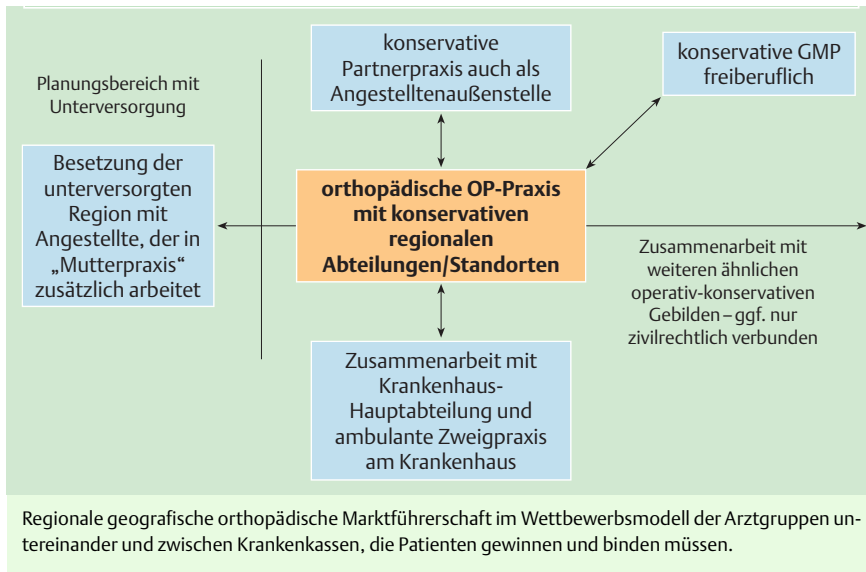
Wer investiert wann, in welchem Namen?

Bei einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis kann, wie bei einer monokalen BGB-Gesellschaft, vereinbart werden, dass das Eigentum an Wirtschaftsgütern nur bestimmten Gesellschaftern im Sonderbetriebsvermögen zugeordnet wird. Damit müssen nicht alle Gesellschafter investieren oder Kredite aufnehmen. Die Kreditverbindlichkeiten können zwischen Bank und Gesellschaft so geregelt werden, dass die anderen Gesellschafter nicht haften. Es kann darüber hinaus eine Betreibergesellschaft gegründet werden, die die Gegenstände/Infrastruktur inklusive Räume an die Gesellschaft vermietet. Somit entfallen schon die Bedenken, an Investitionspflichten und Haftung für Kredite beteiligt zu sein.

Jeder überörtliche Standort als Profitcenter

Eine weitere Angst vor Gesellschaftsstrukturen ist, dass individuelle Bedürfnisse bezüglich Leistungsbereitschaft, Umsatz, Ertrag, steuerlicher Gestaltung egalitär – nach Köpfen – mit anderen Gesellschaftern geteilt werden müssen. Auch dies trifft nicht zu.

Jeder Gesellschafter erhält eine interne Leistungsnummer. Mit dieser Zuordnung können für jeden Standort individuelle Leistungs- und Kostenstrukturen geschaffen werden. Insoweit bleiben rechnerisch die Strukturen – wie in einer Einzelpraxis – erhalten. Auch die Steuerberater und Personalstrukturen des Standortes bleiben weiterhin unangetastet.



Was ist gemeinsam?

Gemeinsam ist, dass es eine übergeordnete, gemeinsame Buchführung und eine gemeinsame Steuererklärung gibt. Diese führt die individuellen Abreden über die gemeinsame Leistungsverrechnung und die Buchhaltung der Standorte zusammen. Im Rahmen dieses Buchungsvorgangs wird auch geregelt, welche Anteile an Honoraren von Operateuren den Partnern zugeordnet werden, die den Patienten eingebracht, aufgeklärt und damit für die Operation als konservativer Kollege am anderen Standort vorbereitet haben.

Konsiliareinnahmen aus Tätigkeiten im Auftrag des Krankenhauses

Gestattet das Krankenhaus seinen eigenen Ärzten, zusätzlich für eine niedergelassene Ärztesgesellschaft tätig zu sein, hat dies einen großen, bisher nicht realisierbaren, wechselseitigen Nutzen: Patienten können die prästationäre Diagnostik durch den später tätigen, krankenhausspezialisierten Kollegen erbringen lassen. Das Krankenhaus kann die Fälle nach Schwere, Aufwand, Zeitbedarf vorher einschätzen und planen. Gleichzeitig hat es eine extrem stabile Auslastung durch die zuweisenden Ärzte.

Die Krankenhausärzte, die zusätzlich im Namen der Gesellschaft tätig sind, können die stationäre Leistung – vergütet über die DRGs, als Konsiliar-Auftragsleistung für das Krankenhaus erbringen.

Die Gesellschaft bedient dann durch die Ärzte Leistungsbereiche, die an sich zum Leistungsbereich des Krankenhauses gehören. Sie spiegeln aber vom Ertrag den Leistungsaufwand der Operateure und den Wert des Akquisitionsanteils für das Krankenhaus wider.

Damit entsteht eine extrem starke Bindung einer niedergelassenen Arztgruppe in das Leistungsgeschehen des Krankenhauses. Gleichzeitig wird sich die Verweildauer im Krankenhaus für den Patienten im Durchschnitt um zwei Tage verkürzen und ein gemeinsames Entlassungsmanagement ist gewährleistet.

Ganzheitlicher Leistungsablauf aus einer Hand

Somit erhält der in einer überörtlichen Gesellschaft eingebundene konservative Facharzt die Chance, ein umfassend integriertes Leistungsgeschehen mit ambulanter und stationärer Leistungserbringung anzubieten und über die Gesellschaft abzurechnen. Diese Struktur ist für den Gesetzgeber deshalb interessant, weil er in Zukunft die regionale Versorgung über Sonderverträge direkt zwischen Krankenkassen und Arztgruppen – ohne KV – abrechnen will. Hier schreiben die Krankenkassen das indikationsorientierte, regionale Versorgungsgeschehen aus. Niedergelassene Arztgruppen bewerben sich im Wettbewerb für die Dauer von drei Jahren um diese Sonderverträge.

Innerhalb dieser Verträge gibt es keine Budgets wie bei der KV. Die Arztgruppe übernimmt im Rahmen des Direktvertra-

ges das Leistungsgeschehen einer geographischen Einheit (Landkreis) für die Krankenkassen. Damit entstehen Wachstumspotenziale in Schwerpunktbildung und Mobilität wie sie derzeit nicht möglich sind. Damit entsteht auch für die Krankenkasse die Sicherheit, dass durch das ambulant-stationäre Wissen für bestimmte Krankheitsbilder wie Diabetes, Onkologie, Alzheimer alle OP-Indikationen optimal abgedeckt sind.

Preis der wirtschaftlichen Sicherheit – Offenbarung der Einnahmen

Der Preis für die neuen Marktchancen ist der Verlust der Intimität der Zahlen. Anderen Mitgesellschaftern wird deutlich, welche Einnahmen ein Partner tätigt. Auf der anderen Seite sind diese neuen Gesellschaftsformen deshalb interessant, weil die zusammengefasste, zivilrechtliche Einnahmepolitik sich nicht unbedingt als kassenärztliche Gemeinschaft widerspiegeln muss.

Einzelne Arztgruppen können innerhalb einer solchen zivilrechtlichen Gemeinschaft auch gegenüber der KV – aus bestimmten Abrechnungsgründen – in den nächsten Übergangsjahren getrennt auftreten. Dennoch gibt es hier viele Vorteile, die gegenüber den Nachteilen des Verlustes von Individualität abzuwägen sind.

*H.-J. Schade, Rechtsanwalt
Broglie, Schade & Partner GBR, Wiesbaden
www.arztrecht.de*